Rok XLIX. Kraków, dnia 5. listopada 1910. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Dyrektor Prof. Dr B. Kader).

O odmianie sposobu Kadera doszczętnej operacyi przepukliny udowej.

Podał
Dr Z. Radliński.

W r. 1906 ogłosił prof. Kader swój sposób operowania przepuklin udowych [1]), który już wtedy stosował od 3 lat i który od tego czasu dalej systematycznie w klinice krakowskiej bywa stosowany. Sposób ten w krótkim zarysie polega na następującem:

Cięcie przez wyniosłość przepukliny w osi długiej uda. Obnażenie worka przepuklinowego, wydzielenie z otoczenia aż do wrót od zewnątrz, opróżnienie worka przez wyciśnięcie treści do jamy brzusznej; w razie zrostów przepukliny ze ścianą worka, nacięcie worka i uwolnienie worka od zrostów. W przedłużeniu cięcia pierwszego, leżącego poniżej więzadła Pouparta, robi się ponad więzadłem małe cięcie laparotomijne, dolnym końcem nie dochodzące do więzadła na $1^1/_2$—2 cm. Worek przepuklinowy wpukla się do jamy brzusznej, wynicowując go, przyczem robi się to od zewnątrz, ująwszy kleszczykami cypel worka, albo od wewnątrz, wprowadziwszy kleszczyki od strony jamy brzusznej do worka i ująwszy cypel worka od wnętrza. Przeciągnięty do jamy brzusznej worek pociąga się, dopóki szyjka jego nie opuści kanału udowego i nie stanie od niego w parocentymetrowej odległości; w ten sposób okolicę kanału udowego od wewnątrz pozbawia się otrzewnej ściennej na pewnej przestrzeni. Worek przewiązuje się u podstawy przy dolnym końcu cięcia laparotomijnego i obcina ponad przewiązką.

Od wewnątrz zaszywa się paru szwami jedwabnymi wejście do kanału udowego, ujmując w szew z jednej strony więzadło Pouparta, z drugiej — okostną kości łonowej lub razem z nią i powięź mięśnia grzebieniastego (m. pectineus). Żyła udowa, przebiegająca w zewnętrznej części zaszywanego otworu, zmusza tu do postępowania ostrożnego. Teraz kilku szwami jedwabnymi zaszywa się otwór laparotomijny w otrzewnej; dolnym z tych szwów ujmuje się i przymocowuje do otrzewnej ściennej kikut worka przepuklinowego. Szwy otrzewne robi się według typu Lemberta, t. j. z wkłuciem i wykłuciem na powierzchni surowiczej, przez co otrzewna zrasta się mocniej i szerszemi powierzchniami, niż przy szwie linijnym. W szew ten ujmuje się również tylną powięź mięśniową. Następuje szew powięzi zewnętrznej mięśniowej w cięciu laparotomijnem i zaszycie paru szwami katgutowymi wylotu zewnętrznego kanału udowego w górnym końcu dolnej rany w kierunku poprzecznym lub podłużnym, — zależnie od ukształtowania tego wylotu w danym przypadku, t. j. w tym kierunku, w którym szew daje mniejsze napięcie. Czasem zachodzi potrzeba podwiązki żyły odpiszczelowej (v. saphena magna). Szew jedwabny na skórę.

Sposób ten ma następujące zalety:

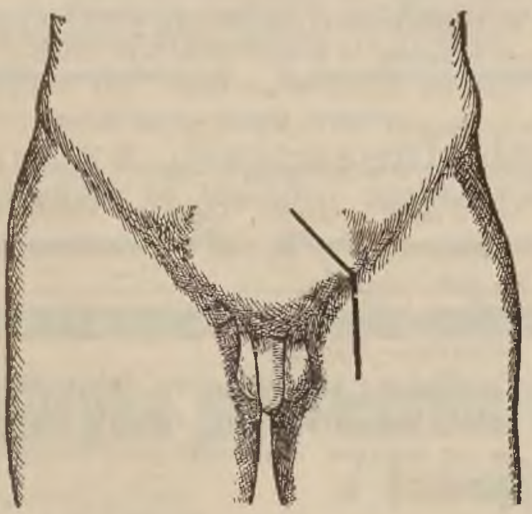
1. Znosi lejek otrzewny, idący do kanału udowego i zamienia go w stożek, wierzchołkiem zwrócony ku jamie brzusznej.
2. Zmniejsza podatność otrzewnej w tej okolicy przez wytworzone napięcie.
3. Kanał udowy zamyka szwem dwupiętrowym, t. j. jedno piętro od wewnątrz, od jamy brzusznej, drugie od zewnątrz, od strony dołka owalnego (fovea ovalis).

Jedyny, dotychczas spostrzeganiem operowanych zresztą nieusprawiedliwiony zarzut, który temu sposobowi uczynićby można, jest ten, że w dolnej części ściany brzusznej zadaje się ranę laparotomijną. Pomimo specyalnego, jak zaznaczyłem, typu szwu otrzewnego, który i przy innych laparotomiach bywa w klinice krakowskiej z dobrymi wynikami stosowany i pomimo całej ścisłości aseptyki może się zdarzyć, że wystąpi przepuklina w bliźnie ściany brzusznej. Wiemy, że do przepuklin takich, nawet w najpomyślniejszych warunkach aseptyki, posiada szczególną skłonność dolna połowa przedniej ściany brzusznej. Z drugiej strony wiemy, że tej skłonności możemy skutecznie przeciwdziałać przez wyzyskanie warunków anatomicznych mięśnia prostego brzucha, jak to dla operacyi wyrostka robaczkowego podał Jalaguier, a dla laparotomii pośrodkowych Lennander. Zastosowanie pomysłu Jalaguiera do laparotomii, dokonywanej przy operacyi przepukliny udowej sposobem Kadera, stanowi zaproponowaną przezemnie odmianę tego sposobu. Zabieg w tej odmianie przedstawia się następująco:

Cięcie w osi długiej uda nad wyniosłością przepukliny i postąpienie z workiem, jak wyżej. Przedłużenie cięcia skórnego ponad więzadło Pouparta, ale nie w kierunku prostym, lecz z odchyleniem na poziomie więzadła ku linii środkowej.

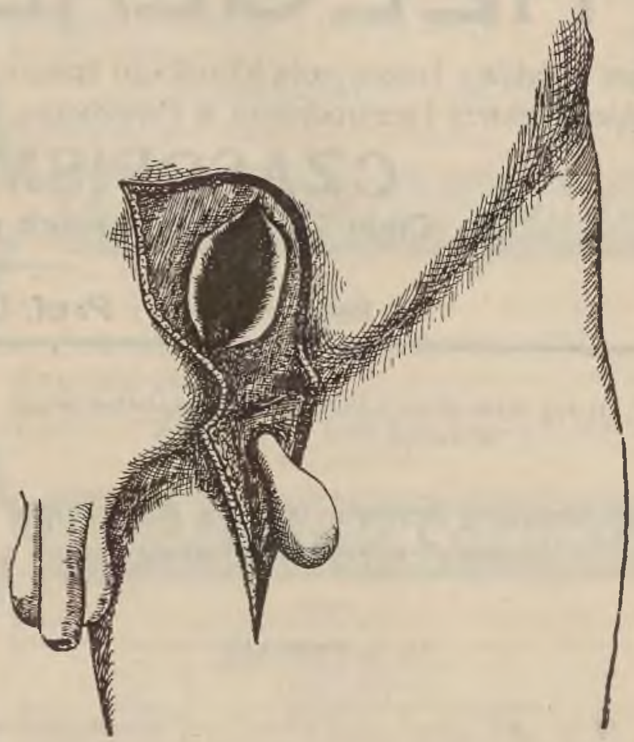
[1]) Przegl. lek. 1906. Nr 51.

W ten sposób otrzymujemy cięcie kątowe z wierzchołkiem kąta na więzadle Pouparta. (Rys. 1). Górne ramię tego cięcia ma długość 6—7 cm i skierowane jest tak, by jego przedłużenie w myśli przecięło smugę białą, w środku między pępkiem a spojeniem łonowem lub cokolwiek niżej. W linii tego cięcia dochodzimy przez tkankę tłuszczową podskórną do połyskującej żółtawej powięzi m. skośnego zewnętrznego (aponeurosis m. obl. ext.) o charakterystycznym kierunku włókien. Ostrymi hakami rozciągamy mocno brzegi rany i udostępniamy powięź tę na przestrzeni 4—5 cm. Nacinamy tę powięź w kierunku lekko skośnym od góry i zewnątrz w dół i ku wewnątrz na przestrzeni powyżej wspomnianych 4—5 cm i natrafiamy na następną warstwę, na powięź m. skośnego wewnętrznego, niekiedy jeszcze w obrębie jego dolnych włókien mięsnych, odchodzących od więzadła Pouparta. Po przecięciu tej warstwy natrafiamy na mięsień prosty brzucha. (Rys. 2). Odsuwając hakiem zewnętrzny brzeg otwartej jego pochewki ku zewnątrz, z łatwością odnajdujemy zewnętrzny brzeg m. prostego i na tępo wyosobniamy go z rynienki, stanowiącej przejście przedniej ściany jego pochewki w tylną. Wyosobniony mięsień prosty

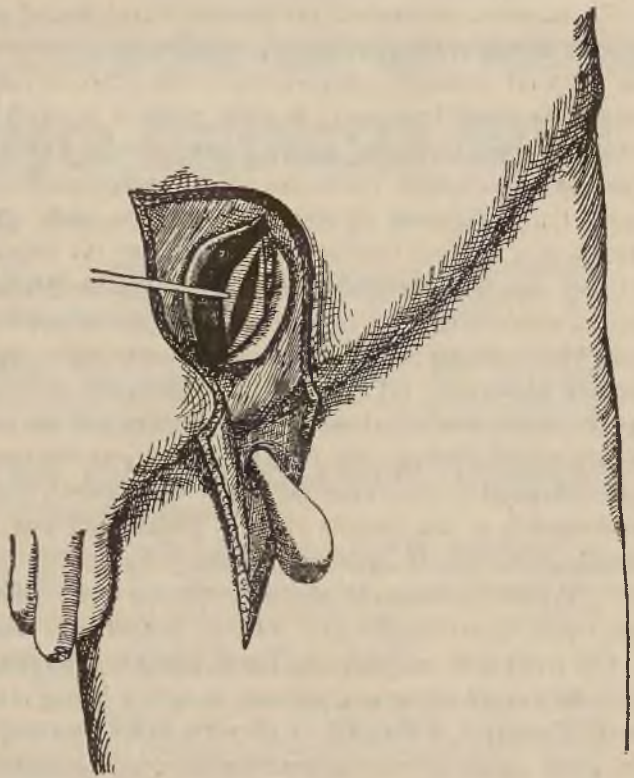


Rys. 1. Kątowe cięcie skórne.

odciągamy szerokim tępym hakiem ku wewnątrz i docieramy przez to do tylnej ściany pochewki mięśnia, wytworzonej tu przez powięź m. poprzecznego (aponeurosis m. transversi.). (Rys. 3). Przez tę ścianę pochewki wyraźnie przeświecają naczynia nabrzuszne dolne (vasa epigastr. inf.). Ku wewnątrz od tych naczyń, w tym samym kierunku, co i cięcie przedniej ściany pochewki, nacinamy tylną ścianę, oszczędzając naczynia nabrzuszne dolne. Parę drobnych gałązek naczyniowych, przebiegających ku linii środkowej, lepiej jest przed przecięciem ująć w kleszczyki tętnicze. Po przecięciu tylnej ściany pochewki m. prostego, a wraz z nią i powięzi poprzecznej i otrzewnej (fascia transversa et peritoneum) uzyskujemy mały otwór laparotomijny 3—4 cm, który zupełnie wystarcza do wykonania z workiem przepuklinowym postępowania podług sposobu Kadera. Aby sobie nie zacieśniać pola operacyjnego, nie zaszywamy na razie otrzewnej, ale tylko wynicowawszy i przeciągnąwszy worek przepuklinowy do nacięcia otrzewnej, tymczasowo worek tam umocowujemy kleszczykami, i nacięcie w otrzewnej zabezpieczamy wetknięciem rogu chustki wyjałowionej. Teraz ostrym 4-zębnym hakiem, wprowadzonym do nacięcia w tylnej pochewce m. prostego, odciągamy zewnętrzny jej brzeg mocno ku zewnątrz i ku dołowi, dogodnie udostępniamy sobie okolicę wejścia do kanału udowego od strony



Rys. 2. Worek przepuklinowy wyosobniony. Brzegi górnej połowy cięcia skórnego rozciągnięte i nacięta przednia ściana pochewki m. prostego; między rozciągniętymi brzegami nacięcia w pochewce widoczny jest mięsień.



Rys. 3. Mięsień prosty odciągnięty hakiem przyśrodkowo; widoczna tylna ściana pochewki i w niej cięcie, otwierające jamę brzuszną. Zaznaczony przebieg naczyń nabrzusznych dolnych.

jamy brzusznej — i zaszywamy go typowo paru szwami z jedwabiu. Zlekka skośny przebieg cięć w ścianach pochewki m. prostego pozwala to udostępnienie wykonać zupełnie wystarczająco i lepiej, niż przy cięciu pionowem.

Wynicowany i podciągnięty wysoko worek przepuklinowy przewiązujemy jedwabiem, ponad przewiązką obcinamy i uzyskany kikut umocowujemy 1—2 szwami jedwabnymi w linii zaszywania otrzewnej, którą zaczynamy od góry. Z początku ujmuje się w szew otrzewną, powięź poprzeczną i tylną ścianę pochewki m. prostego, poniżej, gdy otwór w otrzewnej już został zamknięty, ta sama linia szwu, idąc ku dołowi, zamyka nacięcie w tylnej ścianie pochewki m. prostego. Na tę linię szwu układamy m. prosty brzucha, tak, iż staje się ona niewidoczną i umocowujemy brzeg mięśnia 1—2 szwami katgutowymi luźno w jego położeniu pierwotnem. Ponad mięśniem prostym zaszywamy szwami katgutowymi przednią ścianę jego pochewki. Dalsze postępowanie jest zupełnie takie samo, jak w sposobie podstawowym.

Podnoszę tu dwie okoliczności techniczne:

1. Zarówno przy nacinaniu, jak i przy zaszywaniu tylnej ściany pochewki m. prostego należy całą uwagę zwrócić na naczynia nabrzuszne dolne i unikać skaleczenia ich lub nakłucia igłą. Gdyby takie skaleczenie uniknąć się nie dało, należy zapobiedz powstaniu szybko szerzącego się krwiaka przedotrzewnego przez okłucie.

2. Zalecam jedno, wyżej opisane wspólne cięcie skórne kątowe, a nie dwa (jedno na worku przepuklinowym poniżej więzadła Pouparta, a drugie osobne na ścianie brzusznej), ponieważ w ten sposób, szczególnie przy trochę grubszej podściółce tłuszczowej, uzyskujemy większą ruchomość tej listwy mięśniowo powięziowej nad więzadłem Pouparta, której odchylenie hakami ku dołowi udostępnia nam wejście do kanału udowego od strony jamy brzusznej. Niedostateczny dostęp do tej okolicy może utrudnić zarówno dokładne wykonanie tak ważnego aktu, jak zaszycie tego wejścia od wewnątrz, jak i ominięcie żyły udowej, przy konieczności operowania igłą w głębi. Kątowy przebieg cięcia skórnego daje znaczną ruchomość brzegów rany skórnej wraz z podściółką tłuszczową i dostęp zupełnie dobry do wszystkich miejsc nam tu potrzebnych. Prócz tego górne ramię tego cięcia krzyżuje się poniekąd z linią cięcia w pochewce m. prostego, co usuwa jeszcze jeden warunek następowego powstania przepukliny w bliźnie.

Opisaną odmianą operowano dotychczas 12 przypadków. Jeden z nich był przedstawiony w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w jesieni 1908. W innym przypadku, w którym już poza kliniką (chora opuściła klinikę w tydzień po zabiegu) powstało ropienie w ranie, miałem sposobność po zagojeniu się widzieć w 3 miesiące po operacyi bliznę szerszą, niż po zagojeniu się doraźnem, ale mocną i niepodatną i zupełnie się nie wypuklającą przy działaniu tłoczni brzusznej (np. przy kaszlu).

W sprawie wyczuwalności wyrostka robaczkowego.

Podał

Prof. Dr Witold Orłowski (Kazań).

(Dokończenie).

Przytoczone powyżej wyniki moich badań zostały w ostatnim czasie podane w wątpliwość przez Rudnickiego, który w swej pracy radzi »zachować się względem nich do pewnego stopnia krytycznie«. Wypracowawszy własną metodę macania wyrostka według zasady, przeciwnej tej, na której opiera się moja metoda, przekonał się Rudnicki, że wyrostek robaczkowy można wyczuć zaledwie w 12—13%, jakkolwiek liczby te gotów jest nieco podnieść. Na dowód słuszności i prawdziwości tych liczb przytacza Rudnicki obrachowania teoretyczne, biorąc za punkt wyjścia statystykę Rostowcewa (5). Wreszcie, nie zgadza się Rudnicki również z moim poglądem, że wyrostek może być wyczuwalny i bolesny u osób, które nigdy nie przechodziły zapalenia wyrostka. Według jego zdania, »dla wyczuwania jest dostępny prawdopodobnie tylko wyrostek patologiczny«. »Jeśli« — mówi Rudnicki na innem miejscu — »Prof. Orłowski z jednej strony i badacze w Krakowie Jaworski i Łapiński z drugiej znaleźli w swych badaniach bolesność wyrostka, pierwszy u 58%, a drudzy u 67% zbadanych przez nich osób i na podstawie tych wyników nie uważają bolesności wyrostka za objaw jego stanu chorobowego, to dla mnie powstaje wielkie pytanie, czy istotnie we wszystkich ich przypadkach to, co oni wyczuwali, było wyrostkiem robaczkowym?« Wobec doniosłości zagadnień, które porusza Rudnicki, postaram się rozejrzeć się w nich i oświetlić krytycznie jego badania i wnioski, korzystając ze źródeł piśmienniczych i własnych spostrzeżeń i doświadczeń.

Naprzód zwrócę uwagę na sprzeczność, którą wykazują faktyczne dane Rudnickiego i jego wnioski, osnute na tych danych. Istotnie z przytoczonych powyżej jego słów można wnosić, że według jego zdania jest wyczuwalny tylko wyrostek chorobowo zmieniony. Temu w zupełności odpowiadają i te teoretyczne obliczenia, które Rudnicki przeprowadza dla udowodnienia, że wyrostek już wskutek swojego położenia nie może być wyczuwalny częściej, niż w 16%. Co się zaś tyczy wyczuwalności zdrowego wyrostka, to Rudnicki mówi: »Czasami jednak zdarzają się przypadki, gdy ten narząd wyczuwa się w kształcie cienkiego miękkiego robaczka; przytem palec odnosi wrażenie niby od tkanki prawidłowej, jednocześnie jednak nawet przy najsilniejszym ucisku chory nie odczuwa bolesności; w tych przypadkach mamy niby prawo mówić o zdrowym stanie wyrostka«. Wobec tego jednak, jak pogodzić z tem dalsze zdanie Rudnickiego: »W każdym razie zaznaczam, że wśród setek przypadków, w których wyczułem wyrostek, takich przypadków, w których wyrostek zdawałby się mi zmienionym chorobowo, było nader niewiele, najwyżej koło dziesięciu«? Przecież ostatnie zdanie, któremu przeczy poprzednie, świadczy o tem, że w przeważnej liczbie przypadków Rudnicki wyczuwał wyrostek, którego nie można było, według jego własnego zdania, uznać za zmieniony chorobowo. Z takiem twierdzeniem o wyczuwalności wyrostka prawidłowego zgadzam się w zupełności. W artykule Rudnickiego są jednak i dalsze dowody wykazanej przezemnie wyczuwalności wyrostka u osób, które nie przechodziły zapalenia wyrostka. Jednocześnie z tem krytyczne rozejrzenie się w danych Rudnickiego z łatwością przywiedzie nas do wniosku o słuszności mojego poglądu nietylko na wyczuwalność wyrostka zdrowego, lecz i mojego zapatrywania, że wyczuwalny wyrostek może być bolesny u osób, u których nic nie wskazuje na przebyte lub istniejące za-

palenie wyrostka. Istotnie, wśród 72 przypadków, w których Rudnicki wyczuł wyrostek, »w 43 istniał bolesny lub zgrubiały wyrostek, nie sprowadzając żadnych objawów, któreby można było zgodnie z istniejącemi dziś danemi jemu przypisać«. Tak więc u Rudnickiego z wyczuwalnych wyrostków wyrostek w 59·7% był bolesny lub zgrubiały, jakkolwiek obrazu klinicznego zapalenia wyrostka ani w wywiadach, ani podczas badania nie było. W moich danych, które Rudnicki podaje w wątpliwość, odpowiednia liczba okazała się ku mojemu zdziwieniu nawet nieco mniejsza, takie samo bowiem zjawisko spostrzegałem przy badaniu o wiele większej liczby przypadków w 58·4% (na 146 przypadków z 250 wyczuwalnych wyrostków). Nie ulega więc wątpliwości, że moje twierdzenie, które Rudnicki stara się obalić, mianowicie, że wyrostek może być wyczuwalny i bolesny u osób, które nigdy nie przechodziły zapalenia wyrostka i nie przedstawiają objawów jego schorzenia podczas badania, jest słuszne. Te zdania potwierdzają, a nie obalają, jak mniema Rudnicki, jego własne badania. Rozchodzimy się nie w spostrzeganiu samego faktu, ale oczywiście w jego tłómaczeniu. Rzecz prosta, że wyrostek robaczkowy może czasami ulegać znacznym zmianom tam, gdzie za życia chorego żadnych objawów zapalenia jego nie było. Lecz tłómaczyć tą okolicznością tak wysokiej częstości wyczuwalnych bolesnych wyrostków, która dosięga w moich badaniach 58·4%, u Rudnickiego zaś 59·7%, nie uważam, co do mnie, wbrew Rudnickiemu, za możliwe, co też zaznaczyłem już w pracach dawniejszych.

Tak więc zarzuty, które podnosi przeciwko moim wnioskom Rudnicki, obalają jego własne dane. Dalsze dowody, które przytacza Rudnicki dla obrony swej nizkiej liczby wyczuwalnych wyrostków, są oparte na obliczeniach teoretycznych. Rozważmy jednak, o ile one są istotnym dowodem? Czy istotnie przemawiają one przeciwko tej częstości wyczuwalnych wyrostków, którą stwierdziłem w swych badaniach? Bieg rozumowania Rudnickiego jest następujący: Według statystyki Rostowcewa, położenie wyrostka robaczkowego jest takie, że liczyć na jego wyczuwalność możemy zaledwie w 50%, ponieważ zaś według twierdzenia Jofta i Tuffiera chory wyrostek znajdujemy u 30% wszystkich ludzi, więc »jeśli zważymy, że dla wyczuwania jest dostępny, jak wyżej mówiliśmy, prawdopodobnie jedynie wyrostek zmieniony chorobowo, to z tego wynika, że ze wspomnianych 50%, w których położenie wyrostka wogóle pozwoliłoby go wyczuć, wyrostek może teoretycznie być wyczuwany w przybliżeniu w 16% wszystkich przypadków — liczba, która jest zbliżona do empirycznie otrzymanej od nas odsetki«. Całe jednak to rozumowanie jest mylne, zarówno w swem założeniu, jak i we wniosku. Istotnie, już wyżej wykazałem, że, zgodnie z twierdzeniem samego Rudnickiego, te wyrostki, które on wyczuwał, można było uznać za zmienione chorobowo zaledwie w nader nielicznych przypadkach wśród setek, w których wyrostek był wyczuwalny. Jeśli więc już prawidłowy wyrostek może być wyczuwany, co twierdzę stanowczo, to teoretyczne określenia tej odsetki, przy której jego położenie anatomiczne pozwala go wyczuć, musimy prowadzić inaczej. Mianowicie, w razie stosowania mojej metodyki, wyrostek można uznać za dostępny dla wyczuwania w tych przypadkach, gdy odbiega on od kątnicy w kierunku ku wewnątrz i ku dołowi lub wprost ku wewnątrz do linii środkowej lub wreszcie ku wewnątrz i górze. W statystyce Roztowcewa podobne przypadki wynoszą 50% (50 z 99), w statystyce Turnera (6) 73%, w obszerniejszej statystyce Nowickiego (7) (420 zwłok) 54·5%, u Sprengla (8) (93 sekcyi) 78·5%, Filimowskiego (9) (100 sekcyi) 44%. Jeśli zwrócimy się do danych nie po śmierci, lecz za życia uzyskanych, to odpowiednie liczby wynoszą u Krügera (10) (375 przypadków) 47·5%, Sprengla (100 przypadków) 50%. Przekonujemy się więc, że i teoretyczne obliczenia nie przemawiają na korzyść poglądów Rudnickiego, lecz przeciwnie stoją w zgodzie z wynikami moich badań, które dowiodły, że wyrostek może być wyczuwany w 49%.

Przechodzę teraz do ostatniego punktu, mianowicie do omówienia wybitnej różnicy w częstości wyczuwalności wyrostka w badaniach moich i Rudnickiego. Rudnicki, stosując własną metodę, mógł wyczuć wyrostek zaledwie w 12 do 13% wszystkich zbadanych przypadków i na mocy tego twierdzi, że »znaczna część z 49% wyczuwalnych przez Prof. Orłowskiego wyrostków trzeba tłómaczyć przez błędne uznanie za wyrostek przykątniczej części jelita biodrowego, najczęstszej przyczyny pomyłek w podobnych przypadkach«.

Z podobnym wnioskiem Rudnickiego zgodzić się stanowczo nie mogę. Wziąć kątniczą część jelita biodrowego, nawet skurczoną, za wyrostek robaczkowy, można, mojem zdaniem, jedynie przy niedość uważnem badaniu, wyrostek bowiem różni się od pętli jelitowych stałością swej zbitości i objętości i brakiem kruczenia podczas badania. O tem zresztą wspomniałem już wyżej. Pomyłka jest możliwa jedynie w przypadkach nader długo trwającego skurczu końcowego odcinka biodrowego, na podobieństwo tej rzadkiej postaci klinicznej, którą opisał w końcu roku zeszłego Rinne (11). Jeśli jednak takie przypadki są możliwe, to można je przecież odróżnić przez to, że zawsze im towarzyszy znaczna bolesność; z drugiej zaś strony są one tak rzadkie, że mylne uznanie takiej spastycznie skurczonej pętli jelitowej za wyrostek nie mogłoby przy tak wielkiej liczbie spostrzeżeń, jak moja, wpłynąć na wyniki moich badań. Rzecz prosta, że zdarzają się również przypadki, w których kątnicza część jelita biodrowego nie daje podczas badania kruczenia i nie zmienia swej zbitości i objętości. W takich przypadkach dla rozwiązania pytania, czy wyrostek jest wyczuwalny, należy bezwarunkowo dokonać ponownych badań, co zresztą już zaznaczyłem wyżej. Co się tyczy możliwości innych pomyłek, to już sam Rudnicki powiada: »Wyczuwalny wyrostek daje wogóle tak znamienne uczucie, że nie można go pomieniać z czemś innem, oprócz wspomnianej przykątniczej części jelita biodrowego i to tylko w tym razie, jeśli ta pętla jest spastycznie skurczona«.

Jeśli rzecz tak się ma, jeśli materyał Rudnickiego przemawia na korzyść nie jego, lecz moich wniosków, to musimy zadać sobie pytanie, czy nieznaczna odsetka wyrostków, która była w badaniach Rudnickiego wyczuwalna, nie zależy od złych stron metodyki lub nieprawidłowości jego obliczeń? Nie zatrzymując się szczegółowo nad metodyką Rudnickiego, zaznaczę jedynie, że Rudnicki przykłada ogromną wagę do wyczuwania wyrostka na całej jego długości aż do końca. Z jego artykułu jednak nie można wyrobić sobie zdania, czy wynikom takiego badania (bezwa-

runkowo bardzo cennego) nadaje on rozstrzygające znaczenie, zwłaszcza, czy Rudnicki w przypadkach, gdy dolny koniec wyrostka nie jest wyczuwalny, uznaje wyrostek za niewyczuwalny? Rzecz w tem, że wyrostek wyczuwa się na całej przestrzeni, według moich badań, stosunkowo rzadko. Tę okoliczność uznaje zresztą i Rudnicki, gdy twierdzi, że jeśli wyczuwany twór jest wyrostkiem, »to często (jakkolwiek nie zawsze) odczuwa się, jak on się obrywa...« Jeśli więc Rudnicki zaliczał do grupy wyczuwalnych jedynie te wyrostki, które zdołał wyśledzić na całej ich długości, to wobec tego, co przed chwilą omówiłem, otrzymana przez niego nizka odsetka staje się zrozumiałą. Zresztą przy tem tłómaczeniu nizkiej odsetki Rudnickiego obstawać nie będę, ponieważ odpowiednia część artykułu Rudnickiego nie jest jasna. Muszę jednak stanowczo potępić te dowolne obliczenia, które Rudnicki przeprowadza dla wysnucia swoich wniosków, a przez które wszystkie jego badania, dotyczące częstości wyczuwania wyrostka robaczkowego, tracą zupełnie wartość. Rudnicki mianowicie zaznacza, że z 1150 zbadanych przez niego przypadków był wyrostek robaczkowy wyczuwalny przy pierwszem badaniu zaledwie w 72, lecz, jak mówi: »Należy przypuszczać, że odsetka wyczuwalności była znacznie wyższa, ponieważ z jednej strony u pewnej liczby chorych macania wyrostka nie podejmowałem, z drugiej zaś strony było dużo chorych, u których przy pierwszem badaniu wyrostka nie znalazłem, lecz wyczuwałem go przy powtórnych badaniach; te przypadki nie weszły również do liczby wyczuwalnych wyrostków; wobec tego prawdopodobnie nie pomylę się, jeśli oznaczę odsetkę moich chorych, u których wyrostek był wyczuwalny na 12—13%«. Z przytoczonego zdania jest dla każdego zupełnie oczywistem, o ile są nieuzasadnione wnioski, które wysnuwa Rudnicki, oczywiście zupełnie dowolnie, z liczb nieokreślonych i również dowolnych. Prawda naukowa powstaje jedynie pod warunkiem ścisłych spostrzeżeń, zwłaszcza w tych przypadkach, w których opiera się ona na danych statystycznych. Krytyczny rozbiór faktów, stwierdzanych przez badacza, powinien być witany z uznaniem, ponieważ toruje on drogę do istotnej prawdy, lecz musi być on osnuty również na ścisłych, nie zaś na dowolnych liczbach. W przeciwnym razie nie dodaje on żadnej nowej cegiełki do budowy naszej wiedzy, a mniej obeznanego ze sprawą czytelnika może z łatwością wprowadzić w błąd. Dla tej właśnie przyczyny pozwoliłem sobie nieco dłużej zatrzymać się na pracy Rudnickiego, korzystając jednocześnie ze sposobności, by ponownie zaznaczyć swoje poglądy, dotyczące wyczuwalności wyrostka robaczkowego, które nietylko wcale się nie zmieniły po pracy Rudnickiego, lecz przeciwnie po ponownem rozważeniu sprawy i rozbiorze tych liczb Rudnickiego, które są przytoczone ściśle, jeszcze więcej się utrwaliły. Kończąc, muszę zaznaczyć, że otrzymana przezemnie odsetka dostępnych dla wyczuwania wyrostków prawie trzykrotnie przewyższa 16%, podawanych przez Hausmana. Z danemi tego badacza, który dobrze się zapisał szeregiem prac doniosłej wartości, dotyczących obmacywania różnych części żołądka i jelit, muszę się rachować poważnie. Czem się tłómaczy tak znaczna różnica, trudno powiedzieć. Najprawdopodobniej przyczyny szukać należy w niejednakowej częstości badania wyrostka u każdego chorego, ponieważ osobiście w przeciwstawieniu do Hausmana uważałem wyrostek za niewyczuwalny tylko wtenczas, jeśli nie udawało mi się go wymacać pomimo wielokrotnych badań u jednego chorego.

Piśmiennictwo.

1) W. Orłowski: Przegląd lekarski 1908, Nr 51—52; Ruskij Wracz 1908, Nr 42 i Ruskij Wracz 1909, Nr 15; Zeitschrift für klinische Medicin 1910, t. 70. — 2) Rudnicki: Prakticzeskij Wracz 1910, Nr 10—11. — 3) Obrazcow: K fiziczeskomu izslednowaniju żełudocznokiszecznago kanała i serdca. Kijów 1905. — 4) Hausman: Ruskij Wracz 1906, Nr 27. — 5) Rostowcew: Uczenie o peritiflitie. Rozprawa doktorska. Petersburg 1902. — 6) Turner: K anatomii ślepoj kiszki i czerwieobraznago otrostka. Rozprawa doktorska 1892. Petersburg. — 7) Nowicki: Lwowski Tygodnik lekarski 1908, Nr 12—16. — 8) Sprengel: Deutsche Chirurgie 1906, t. 46 d. — 9) Filimowski: Przegląd lekarski 1903, Nr 42. — 10) Krüger: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1907, t. 91. — 11) Rinne. Archiv für Verdauungskrankheiten. 1909, t. 15.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie kiły przetworem Ehrlicha »606«

zestawił

Prof. Dr Krzyształowicz.

Rozprawy 82. Zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy

w Królewcu w dniu 20. września 1910.

(Dokończenie).

Volk i Lipschütz (Wiedeń) wstrzykują przetwór »606« w parafinie płynnej lub oliwie czystej z dobrym wynikiem w różnych postaciach kiły. Najlepsze skutki otrzymywali w naciekach pierwotnych; jednakże przy niektórych objawach kiły, (jak wysypki na dłoniach i podeszwach, przerosłe kłykciny sączące, gruczoły chłonne powiększone, nawet niektóre wysypki plamiste, czy guzkowe), rtęć działa wyraźnie lepiej, niż »606«. Niejednokrotnie wykwity znikają tylko do pewnej granicy, poczem, nie zmieniając się już dalej, utrzymują się dłuższy czas. Po powtórnem wstrzyknięciu przetworu »606« resztki zmian ustępują. Volk i Lipschütz podnoszą korzystne działanie na stan ogólny; w jednym przypadku spostrzeżono przybytek na wadze 8½ klgr. w przeciągu kilku tygodni. Odczyn Wassermanna zmieniał się bardzo powoli, a w kilku przypadkach spostrzegano już w krótkim przeciągu czasu nawroty choroby.

Prof. Dohi (Tokio) opisuje swoje doświadczenia, przedstawiając fotografie dwóch chorych kiłowych, leczonych przetworem »606«, u których stwierdził znikanie wysypek guzkowych i wrzodziejących. Jak się Dohi wyraża, wysypki te ustępowały, jak płatki śniegu pod wpływem słońca. O wynikach ostatecznych pouczyć może dopiero przyszłość, która jednak zdaje się rokować w tym względzie wielkie nadzieje.

Prof. Grouven (Halle) uważa arsenobenzol, na zasadzie doświadczeń na 200 chorych, za środek lepszy od dotąd używanych. W ciężkich schorzeniach naczyń i układu nerwowego odradza go Gr. używać Również zaleca ostrożność w przypadkach bolów głowy, gorączki, zaburzeń żołądkowo-jelitowych i dny. Rozczyn obojętny sprawia mniej bolu, ale też działa powolniej. Odczyn Wassermanna znika szybko w schorzeniach para-kiłowych, powolnie zaś we wczesnych okresach kiły, nie można jednak odczynu uje-

mnego uważać za równoznaczny z wyleczeniem. G. wspomina o nawrotach i o takich przypadkach nacieków pierwotnych, w których wstrzykiwanie nie zapobiegło wysypce. Środek »606« jest niezawodnie wielkim postępem, szczególnie co do szybkości działania, oraz swoistości w tych przypadkach, w których rtęć zawodzi.

Glück A. (Sarajewo) zdaje sprawę z 417 przypadków, leczonych arsenobenzolem. Z tych 47 nacieków pierwotnych ze średnim czasem leczenia w 8—9 dniach, 281 przyp. kiły świeżej w 10 dniach, 99 kiły późnej w 12 dniach. W 7 przyp. spostrzegano nawrót choroby po dawkach 0.3 gr. W tych przypadkach nawrotów leczenie opóźniało się zaraz z początku, dlatego na takie przypadki zwraca G. uwagę, w których wyleczenie następuje bardzo powoli. Obecnie wstrzykuje G. 0,7—0,8 gr.; w jednym z tych przypadków spostrzegał przemijające objawy zatrucia.

Friedlander (Berlin) chwali szybkość działania arsenobenzolu w różnych, nawet ciężkich postaciach kiły i w takich przypadkach, w których leczenie rtęcią i jodem zawodziło. F. zaleca zatem w początku choroby dawki duże, w przypadkach zaś ciężkich i kiły ogólnej raczej mniejsze, kierując się własnościami osobniczemi choroby i chorego. F. stosował także przetwór »606« w 14 przyp. schorzeń nerwowych (wiąd, wiąd rzekomy, porażenia mięśni, bole nerwowe i bole głowy). We wszystkich przypadkach była poprawa podmiotowa; korzystny wynik osiągnął F. również w bólach, szczególnie w napadach żołądkowych i bólach głowy. W jednym przypadku początkującego wiądu rdzenia ustąpiły objawy ze strony pęcherza w 8 dni po wstrzyknięciu.

Citron H. (Berlin) opisuje obmyślony wspólnie z Mulzerem swój sposób rozpuszczania arsenobenzolu w zbudowanej do tego celu strzykawce, zapomocą zawiesiny węglanu wapniowego ($CaCO_3$). Citron i Mulzer wstrzykiwali ten rozczyn zwierzętom i ludziom, przyczem bolesność była bardzo mała. Jako zalety swego sposobu przytaczają, że rozczyn jest zupełnie jałowy, zawiesina nawet bez miareczkowania jest obojętna i nie drażni, a przez unikanie dodawania żrących alkaliów i kwasów unika się rozkładu przetworu. Dotąd otrzymane wyniki przemawiają na korzyść tego sposobu.

Königstein (Wiedeń) nie widzi różnicy w działaniu wstrzykiwań podskórnych, a miąższowych. Opisuje przypadek szybko po wstrzykiwaniu zagojonego wrzodu mieszanego (ulcus mixtum). Odczyn Herxheimera nie zależy wedle K. od dawki, a pojawia się i w wysypkach ogólnych i umiejscowionych.

Blumenfeld (Lwów) stosował »606« w 50 przypadkach w dawkach 0,4—0,6 gr. Bole po wstrzykiwaniach i podniesienia ciepłoty były bardzo różne. Odczyn Herxheimera był znacznie żywszy w wysypkach świeżych, niż w dłużej trwających i wybitniejszy, niż po rtęci. B. zwraca również uwagę na szybkie ustępowanie obrzęku gruczołów i na tę ważną okoliczność, że arsenobenzol nie działał szkodliwie na sprawy gruźlicze.

Salmon (Paryż), opisując swoje doświadczenia z atoksylem z r. 1907, stwierdza, że arszenik w niektórych połączeniach chemicznych uważać można za środek swoisty w leczeniu kiły, wybitniejszy, niż rtęć. W przypadkach kiły złośliwej i w tych, w których rtęć nie działa korzystnie, dawał atoksyl bardzo dobre wyniki. Arsenobenzol nawet w małych dawkach działał zapobiegawczo u małp. S. zaleca zatem i u ludzi leczenie zapobiegawcze. Przytacza następnie dobre wyniki po leczeniu przetworem »606«, wymieniając jako przeciwwskazanie gruźlicę, gdyż w jednym przypadku spostrzegał krwotok płucny po wstrzyknięciu arsenobenzolu, w drugim zmiany kiłowe ustąpiły, ale zmiany gruźlicy brodawkowej owrzodziały. W początkowych okresach kiły zaleca S. duże dawki (0,7 gr.), przy starszych objawach mniejsze (0,4), podobnie i w kile złośliwej. Na 133 przypadków nie spostrzegał S. ani razu szkodliwych objawów ubocznych. S. jest przeciwnikiem leczenia mieszanego, arszenikiem i rtęcią.

Emmery (Paryż) przekonał się przez 50 wstrzykiwań, że arsenobenzol jest nieszkodliwy, a bole i objawy miejscowego zapalenia bardzo nieznaczne. Zmiany pierwotne ustępowały powolnie, wysypki stosunkowo szybko. Wszystkie schorzenia kości i stawów znikały w cudowny wprost sposób. O wpływie na sprawy kiłowe nerwowe nie wypowiada E. ostatecznego zdania.

Saalfeld (Berlin) opisuje korzystne wyniki w 26 przypadkach, niektóre z nich jednak z wysypkami guzkowemi opierały się długo leczeniu po dawkach 0,3—0,4. W jednym przypadku zniknęły również wraz z guzkową wysypką kiłową wykwity liszaja czerwonego (lichen ruber) stosunkowo szybko po wstrzyknięciu.

Ledermann (Berlin). Z przypadków (30) tego autora, w których otrzymywał na ogół po wstrzykiwaniach dobre wyniki, zasługuje na uwagę brak poprawy w $^3/_4$ roku trwającem porażeniu nerwu twarzowego, w dłużej trwającem porażeniu kończyn dolnych i przypadku wiądu rdzenia z bezładem ruchów.

Joseph M. i Siebert C. (Berlin) opisują swój własny sposób sporządzania rozczynu, który wstrzykują podskórnie bez następowych znacznych bolów i wysokiej gorączki. O trwałych wynikach wyleczenia obecnie mówić nie można; trzeba się strzedz zbytniego optymizmu lub daleko idącego pesymizmu. Nie można jednak zapominać, że i dotychczasowe sposoby doprowadzały do wyleczenia i zapobiegały ciężkim następstwom.

Schindler (Berlin) podnosi, że nie można zapominać o przypadkach kiły pierwotnej, w której i przetwór »606« pozostaje bezskutecznym. S. spostrzegał przypadek nacieku pierwotnego na napletku i równocześnie drugiego dużego owrzodziałego nacieku w lewym kącie ust ze znacznym obrzękiem gruczołów, i w tym przypadku wstrzyknął 0,45 gr. arsenobenzolu. Po dwu dobach naciek napletka był zagojony, wrzód wargi zaś tylko nieco się przypłaszczył, a gruczoły się zmniejszyły; ale ten stan pozostał, nie zmieniając się, i dopiero plaster rtęciowy i trzy wstrzyknięcia oleju szarego zdołały doprowadzić do zagojenia. S. twierdzi w końcu, iż powinniśmy się cieszyć z posiadania »606«, ale równorzędnie także z posiadania rtęci.

Nagelschmidt (Berlin) miał sposobność leczenia większej liczby przypadków początkowego wiądu rdzenia. Większość neurologów odradza w tych przypadkach leczenia swoistego dla występujących nierzadko pogorszeń. N. stosował od lat w przypadkach wiądu, w których odczyn Wassermanna był dodatni, leczenie rtęciowe, później arsacetynę, a obecnie stosuje »606«. Rozpoczynał zawsze od dawek bardzo małych, ale już po takich nawet dawkach powstawało nierzadko zaostrzenie objawów podmiotowych i przedmiotowych. Po ustąpieniu tego odczynu, t. j. po kilku tygodniach, stosował N. znowu drugą małą dawkę, czasem nieco większą, niż pierwszą, a następnie po odpowiedniej przerwie trzecią i czwartą, kierując się zawsze występującym odczynem. N. radzi zatem nie używać odrazu dawki dużej, a posługiwać się powolną metodą wedle własności osobniczych, wedle której jednak stosował już arsenobenzol w ilości 1,5 —2 gr. u jednego chorego i otrzymywał w ten sposób znaczne polepszenia.

Meirowsky (Kolonia) doniósł telegraficznie, że zdołał usunąć pęcherzycę kiłową u dziecka zapomocą wstrzykiwania surowicy krwi chorych, leczonych arsenobenzolem.

Juliusberg F. (Poznań) otrzymał najkorzystniejsze wyniki w przypadkach kiły późnej i złośliwej; stan ogólny chorych i odżywienie znacznie się poprawiało.

Doc. Pick (Wiedeń) stwierdza, że osoby neurasteniczne i histeryczne oddziałują znacznie wybitniej na

wstrzykiwanie, niż osoby nerwowo zdrowe, nietylko bolem, ale i gorączką. Odczyn ten porównywa P. do odczynu, wywołanego wstrzykiwaniem tuberkuliny, które wywołuje nierzadko podniesienie ciepłoty u osób nerwowych mimo braku ogniska gruźliczego. P. zaleca zatem wstrzykiwania próbne dawki 0,05 gr. wykonane ambulatoryjnie, a w razie odczynu wstrzyknięcie później dawki średniej między 0,3—0,5 gr.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe przetwory:

1) Cusol (cytrynian miedzi) przeciw chorobom skórnym.

2) Epileptin, bezwartościowa mieszanina różnych znanych środków, jak: boraksu, pepsyny, cynku i t. p.

3) Galegol, środek mlekopędny z rośliny motylkowej »Galega officinalis«.

4) Habitin (morphin. sulfur. + heroinum hydrochlor.).

5) Isis, maść (na różę i odmrożenia), zawiera siarkę i kamforę.

6) Kossam z nasion »Brucea sumatrana«, zalecany przeciw czerwonce.

7) Sarton z mąki »Soja« do odżywiania chorych na cukrzycę.

8) Serrosanol, rozpuszczalne połączenie arsenu i rtęci przeciw kile.

9) Vasotonin = Yohimbin.-nitratum i urethan.

10) Visnervin, przetwór lecytyny. A.

Pantopon, nowy przetwór, mieszanina związanych z kwasem solnym alkaloidów makowca, jest rozpuszczalny w wodzie i dlatego nadaje się do podskórnych wstrzykiwań przy zamroczeniu skopolaminą w miejsce morfiny (2%), dalej w miejsce morfiny jako środek nasenny i ból kojący. (Deutsche med. Wochs. Nr 34). A.

Leczenie wstrzykiwaniami atropiny poleca Schick przy następujących cierpieniach: wrzód żołądka z kurczem odźwiernika i nadmiernem wydzielaniem soku, kurczowe zaparcie stolca, choroby serca (z naparstnicą), dychawica oskrzelowa, nadmierne pocenie się, niedrożność kurczowa jelit, otrucia ołowiem (zmiany jelit), kolka żółciowa, uporczywa czkawka i t. p. (Wiener med. Wochs. Nr 34). A.

Wystąpienie ostrego zapalenia tarczycy (thyreoiditis simplex) po podaniu jodu spostrzegał Goldberger. (Wiener med. Wochs. Nr 32). A.

Trojaki wysięk opłucny w osobnych ogniskach spostrzegał u jednego chorego Blooker. Równocześnie był wysięk surowiczy, surowiczo-włóknikowy i ropny. (N. T. Gen. I. 1910). A.

Nową tuberkulinę, otrzymaną z mieszaniny prątków Kocha i »trichophyton holosericum album«, podaje Rosenbach. Grzybek ów ma niszczyć szkodliwe składniki hodowli prątków gruźliczych. (Deutsche med. Wochs. Nr 34), A.

Przy przewlekłem zaparciu stolca podług Wicherna wykazać można często zapomocą promieni Röntgena zmiany w kiszce grubej, jak n. p. różne odmiany choroby Hirschsprunga, skręty pętli esowatej, zagięcia kątowate, zrosty, różne klapy, tworzenie się pętli i t. p. Przy leczeniu zaparcia stolca, zwłaszcza wobec zamierzonych prób mechanicznych, opaski, miesienia, należy też zawsze przedtem zbadać kiszkę grubą radyograficznie. (Tow. lek. lipsk. czerwiec). A.

Zmiany we krwi chorych na wole spotykał prawie w 50% Müller. Są one zupełnie analogiczne, (lecz w mniejszym stopniu), jak przy chorobie Basedowa, t. j. polegają na zmniejszeniu ogólnej liczby ciałek białych, odsetkowem zmniejszeniu ilości neutrofilów, a zwiększeniu ilości limfocytów. (Med. Klin. Nr 34). A.

Wystąpienie typowego duru brzusznego w 16 dni po operacyi kamicy żółciowej, jako objaw samozakażenia ustroju od strony rany u »roznosiciela prątków«, spostrzegał Arnsperger. (Med. Klin. Nr 36). A.

Termopenetracyę zaleca Schmincke przedewszystkiem przy wiewiórowych cierpieniach stawów, najądrza i sterczu, a dalej przy wiądzie i nerwobólach. (Med. Klin. Nr 36). A.

Nowości techniczne: 1) Automatyczny narząd do opukiwania podług Dra Rosenfelda. 2) Naczyńko do podawania chorym w pozycyi leżącej płynów do picia. 3) Przyrząd do kąpieli z bezwodnikiem kwasu węglowego »Non plus ultra«. 4) Wziernik Flatau-Haysa do tylnej rynoskopii i laryngoskopii przy zamkniętej jamie ustnej. 5) Przyrząd do badania ciśnienia krwi Herza i Haaka. 6) Składany irygator, dający się gotować, przydatny w praktyce wyjazdowej. 7) Flaszeczki pipetowe Bubiltza do płynów ocznych. 8) Trwałe ciepłe okłady Johna. 9) Strzykawka dokładnie dozwalająca oceniać ilość wstrzykiwanego płynu i uniemożebniająca powstawanie baniek powietrza (Dr Leuwer). 10) Flaszki »Patent-Thermos Simplex«, utrzymujące stałą ciepłotę wlanych płynów, (podwójne ściany, w środku próżnia). 11) Poduszeczki gumowe na ostrogę piętową i dolegliwości z tego powodu. 12) Składany, łatwo dający się transportować stół operacyjny i do badania podług Hirscha. 13) Pozłacane igły chirurgiczne Wildta. Nie rdzewieją i nie łatwo się łamią, widać je dobrze w głębi tkanek: nadają się ze względu na trwałość bardzo dla lekarzy praktycznych, a nie są o wiele droższe od zwykłych. K.

Przy tężcu poleca Bongiannini podskórne wstrzykiwania kwasu karbolowego, podane przez Bacceliego. Zwykle wstrzykuje się 1—2 cm³ 2—4% rozczynu. Chorzy znoszą wtedy nawet bardzo duże dawki. (Gaz. d. ospedali Nr 60). A.

Rtęciowe mydło »Afridol« polecają Schrausch i Schoeller do odkażania rąk, zwłaszcza przy badaniach narządów kobiecych, do odkażania narzędzi (nie niszczą się mimo rtęci) i skóry. Mydło to nie niszczy skóry, a działać ma pewniej i silniej, niż lyzol. (Med. Klin. Nr 36). A.

Przy obrzękach limfatycznych, przy słoniowacinie, oraz przy puchlinie brzusznej, poleca Handley swój sposób sączkowania tkanki podskórnej zapomocą wprowadzania w nią jałowych nitek jedwabnych; przy puchlinie brzusznej nitki sprowadza się aż na udo z brzucha. (Lancet, Apr. 1910). A.

Alkoholową pastę do odkażania rąk, nazwaną »chiralkol«, poleca Selter. Wciera się ją (20 grm) 5 minut w skórę. Pasta ta składa się z 86% alkoholu i 14% mydła. (Deutsche med. Wochs. Nr 34). K.

Osobny enterotryb do łączenia żołądka z jelitem, lub jelit między sobą, odchodzący następnie ze stolcem, a dozwalający wykonać połączenie bez otwierania świateł, podał Martini z Turynu. Przyrząd ten wypróbował dopiero na psach. (D. Zft. f. Chir. 105. I—II). K.

Leczenia ropniaka opłucnej tam, gdzie resekcyi żebra z jakichkolwiek powodów wykonać nie można, dokonuje Maldarescu w następujący sposób: Po zupełnem wypuszczeniu ropy wstrzykuje do opłucnej 10—20 cm³ 10% alkoholowego rozczynu naftolu. Zwykle wystarczało już jedno wstrzyknięcie. (Spitalul, Nr 10). K.

Brak nerki po wycięciu operacyjnem, o ile jest zdrową, podług Poussona zwykle nie daje się zupełnie odczuwać. Tak n. p. u takich osób spostrzegano doskonałe przebywanie wielkich operacyi, ciężkich chorób zakaźnych i t. p. To też można przyjmować takich ludzi do ubezpieczeń, a jedynie uwalniać ich należy od wojska. (XVI. Zjazd lek. Peszt). A.

Przy przeroście sterczu osiągnął Desnos (Paryż) bardzo korzystne wyniki przez leczenie (od cewki i kiszki) radem. Z 16 leczonych chorych u 13 osiągnięto ustąpienie zatrzymania moczu i wybitne trwałe polepszenie. (XIII. Sess. Assoc. franc. d'urol.). A.

Nowy przyrząd położniczy podał Mainzer z Monachium. Są to kleszcze, połączone z perforatoryum (w kształcie trójgrańca, który daje się w razie potrzeby umocować na kleszczach). Po założeniu kleszczy w razie bezowocnej próby wyciągnięcia, umocowuje się kleszcze na główce zapomocą osobnej śruby, zakłada perforator i wypróżnia czaszkę. Zapomocą tego narzędzia udaje się wykonać wspomniane zabiegi łatwo, bezpiecznie i bez asysty. (Münch. med. Wochs. Nr 32). A.

Rad-Jo, środek ogromnie reklamowany jako rzekomo ułatwiający porody, zbadany został przez Winckla i okazał się alkoholowym wyciągiem różnych roślin, a między niemi głównie »radix Jo«, korzenia zupełnie obojętnego. (Apot. Ztg. Nr 50). A.

Przy stosowaniu zewnętrznem glinki (bolus alba), jako zasypki, zwłaszcza na pępek noworodków, radzi Zweifel zawsze przedtem ją wyjaławiać, albowiem smutne doświadczenie przekonało go, że glinka ta zawiera czasem prątki tężca. (Münch. med. Wochs. Nr 34). A.

Do wywoływania zniedokrwienia sposobem Momburga, zamiast węża zaciskającego w pasie, podał Gelyi osobny przyrząd, który pelotą, umieszczoną na śrubie, uciska miarowo aortę. (Med. Klin. Nr 35). A.

700 brodawek (u pewnej chorej) na rękach i przedramionach spostrzegał Hübner. Zapomocą 4 naświetlań miękkiemi lampami (zdrową skórę ochroniono z pomocą wtarcia pasty bizmutowej) udało się brodawki w znacznej części zniszczyć. (Tow. lek. Marburg.. Lipiec). A.

Do leczenia wiewióra poleca Prof. Klingmüller z nowszych przetworów hegonon. (Münch. med. Wochs. Nr 32). A.

Nowojodynę w miejsce jodoformu poleca Polland. Nowojodyna powstaje przez połączenie jodu z formaldehydem. Niema żadnej woni, jest tańsza od jodoformu i nadaje się, jak to wykazały próby w klinice dermatologicznej w Gracu, do leczenia wrzodów goleni, wrzodów wenerycznych; stosuje się jako proszek, gaza i zawiesina w glicerynie. Zapewne i w chirurgii znalazłaby nowojodyna zastosowanie. (Münch. med. Wochs. Nr 32). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 14. października 1910.

(Dokończenie).

W dyskusyi zabiera głos r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz: Byłem pierwszym, który w Krakowie stosował środek Ehrlicha, a o wynikach w »Przeglądzie lek.« pisałem. Niech mi więc wolno będzie słów kilka na tem miejscu dorzucić. O przypadkach mych, szczegółowo opisanych, wspominać już nie będę, a jedynie dodam, iż owa chora, dotknięta zapaleniem nerwu wzrokowego i siatkówki na podstawie stwierdzonej kiły, odzyskawszy wzrok o tyle, iż już w kilka godzin po wstrzyknięciu rozpoznawała światło, pozostawała jeszcze czas jakiś w szpitalu św. Łazarza, ale rzekomo bez dalszej poprawy. Teraz po powrocie z wakacyi dowiaduję się, iż podobno niedawno zmarła. Wobec ciężkich zmian nerkowych niepodobna śmierci przypisać środkowi, a raczej samym sprawom chorobowym, zbytnio rozwiniętym. Na tyle tysięcy przypadków, leczonych środkiem »606«, śmierci zdarzały się nieliczne. Krytycznie trzeba postępować przy ocenianiu przyczyn i skutku. Niedawno ogłosił Fraenkel w »Münch. med. Wochenschrift« przypadek śmierci po wstrzyknięciu arsenobenzolu śródżylnem i przypisywał ją temu sposobowi stosowania nowego środka. Ehrlich, bardzo czuły na wszelkie niepożądane skutki leczenia jego środkiem, śledzi każdą publikacyę i stara się analizować następstwa stosowania środka »606«. I ten przypadek śmierci tłomaczy znacznem schorzeniem układu nerwowego, zwłaszcza ośrodkowego i mniema, że w takich przypadkach »606« wogóle stosowane być nie powinno. Śródżylnie wstrzyknięty ten środek wydziela się szybko z ustroju, bo już w przeciągu 24 godzin, gdy miąższowo i podskórnie wstrzyknięty, — daleko dłużej w ustroju pozostaje. Dlatego w przypadkach ciężkich radziłby Ehrlich wstrzykiwać i podskórnie i śródżylnie, by działać doraźnie i dłużej następowo. Mając sposobność osobiście z Ehrlichem o tej sprawie rozmawiać we Frankfurcie, wyniosłem wrażenie, iż pragnie on zachęcać, aby w odpowiednich przypadkach, uwzględniając indywidualności, odważyć się na większe dawki nowego środka, zwłaszcza Hyperidealu, który ma się odznaczać słabszemi własnościami trującemi. Zaznaczam jeszcze, iż w moich przypadkach, co prawda nielicznych, bo stosowaniu dalszemu przeszkodził mój wyjazd wakacyjny, nie spotkałem się ani z objawami bolesności, ani też z podniesioną ciepłotą przy stosowanie dawek dochodzących do 0·5. Mimo wielkiego entuzyazmu objawianego wszechstronnie, sądzę, że ostatniego słowa dziś jeszcze wypowiedzieć nie można w sprawie wartości bezwzględnej tego epokowego środka. Dalsze długie obserwacye są konieczne i dla tego też termin ostatniej ankiety, przez Neissera inscenowanej, przedłużony zostaje o kilka miesięcy. (Streszczenie własne). — Dr Blassberg zapytuje, czy prelegent badał szybkość wydzielania się arsenu z ustroju po wstrzykiwaniach i podnosi, że tendencyą leczenia Ehrlicha jest wyjałowienie ustroju doraźne zapomocą możliwie wysokich dawek przetworu »606«. W ostatnich czasach Iversen, Ehrlich i inni skłaniają się nawet do równoczesnego wstrzykiwania śródżylnego i śródmięśniowego tego przetworu. — Prof. Dr Lewkowicz podnosi, że rozczynów wyskokowych przeważnie się już nie używa. Wechselmann i Michaelis używają zawiesiny w rozczynie fizyologicznym soli, otrzymywanej przez rozpuszczenie »606« w ługu, zobojętnienie kwasem octowym, przyczem »606« znów się strąca i przepłukanie rozczynem fizyologicznym przy użyciu centryfugi; Kromayer używa zawiesiny w parafinie płynnej. Arsen ma się wydzielać parę tygodni i druga dawka może być zastosowana po 3—4 tygodniach. (Streszczenie własne). — Prof. Dr Krzyształowicz wskazuje, że oceniać jakiś nowy środek w leczeniu tak dobrze znanej choroby, jak kiła, można przedewszystkiem w stosunku do dotąd używanych t. j. rtęci i jodu. Rtęć, stosowana w kile od wieków, dająca dobre wyniki w usuwaniu zmian, nie jest jednak środkiem zapobiegającym nawrotom, czy wczesnym, czy późnym, stąd trudno mówić o swoistości tego leku. W żadnym przypadku po leczeniu rtęcią, nawet po długim przebiegu choroby i w sposób bardzo dokładny, nie można przewidzieć, czy choroba się nie wróci, nierzadko w ciężkiej nawet postaci. Dlatego podany przez Ehrlicha arsenobenzol oceniać musimy jako środek usuwający zmiany i jako środek zapobiegawczy, środek swoisty. O tej ostatniej własności arsenobenzolu jeszcze nic nie wiemy, dlatego mówić dziś o »sterilisatio magna« byłoby conajmniej przedwcześnie,— a bałamucić publiczność w tym kierunku bardzo niesumiennie. Co zaś do skuteczności arsenobenzolu na zmiany kiłowe, doświadczenia nasze (z Prof. Reissem) dowodzą, że środek ten w większości przypadków działa lepiej i szybciej, niż dotychczasowe leczenie rtęciowe, szczególnie zaś w przypadkach kiły złośliwej, w której rtęć i jod bywają bezskuteczne. Działania tego dowodzą z jednej strony szybsze niż po rtęci znikanie krętków ze zmian kiłowych, z drugiej stosunkowo szybka zmiana odczynu Wassermanna. W każdym razie ta szybkość ustępowania objawów kiłowych po jednorazowem wstrzykiwaniu stanowi bardzo wa-

żny czynnik w zmniejszeniu rozszerzania się choroby, a nie można pomijać i znaczenia społecznego i ekonomicznego szybszego usuwania objawów. Co zaś do postulatów dalszych tłumienia choroby zaraz w zarodku — leczenia poronnego — to dopiero przyszłość pokaże. (Streszczenie własne). — Prym. Dr Borzęcki zaznacza, że tylko u dwóch chorych miał sposobność zastosowania »606«. Oba przypadki dotyczą kobiet w oddziale szpitalnym; obie chore o przebytej kile nic nie wiedzą, nigdy leczone nie były przeciwkiłowo. Odczyn Wassermanna u obu wybitnie dodatni. U jednej z rozpoznaniem »gumma exulcerans fossae popliteae« po wstrzyknięciu podskórnem 0·30 sprawa wessania i zabliźnienia — bez leczenia miejscowego — postępowała powoli i w 3. tygodniu sprawa uległa zabliźnieniu. U drugiej chorej z rozpoznaniem »lues gummosa serpiginosa exulcerans nuchae« po zastosowaniu 0.6 w trzecim dniu owrzodzenia były zupełnie zabliźnione. U obu chorych odczyn Wassermanna, wykonany w kilka dni po wstrzyknięciu, był wybitnie dodatni. Kol. Borzęcki zauważa, że stosowanie środka »606« w kile wczesnej nasuwa pytanie, jaki obrać plan leczenia dalszego? Bo bez względu na to, jakim zapatrywaniom hołduje ten, czy ów dermatolog, musi mieć jakieś wytyczne, jakiś plan leczenia, choćby w najogólniejszych zarysach. Takie jest zapatrywanie ogólne co do leczenia kiły przetworami rtęci, względnie jodu. O nowym przetworze w tym względzie wobec krótkiego czasu, od jakiego jest stosowany, nie można obecnie nic jeszcze powiedzieć. Jeżeli zaś uwzględni się, że wielu z autorów, którzy stosowali »606« w kile świeżej, po pewnym czasie stwierdzało nawroty, to musi się nasunąć pytanie, czy i przy nawrocie zastosować powtórne wstrzyknięcie? a nie przesądzając dalszego przebiegu leczonych tym środkiem, co robić, jeżeli — jak to bywa zazwyczaj w przebiegu kiły, — czy i przy dalszych nawrotach zrobić dalej takie wstrzykiwanie? Dlatego sądzi kol. Borzęcki, że środek ten do pewnego czasu powinien być stosowany w zakładach leczniczych, a dopiero po pewnym przeciągu czasu, kiedy ustalą się wskazania ściślej, niż obecnie, znaleść zastosowanie szersze. (Streszczenie własne). — Dr Steuermark stwierdza, że u kilkudziesięciu chorych, których obserwował w klinice Prof. Riehla w Wiedniu, stale występował po wstrzyknięciu arsenobenzolu spadek ciśnienia krwi, niejednokrotnie nawet bardzo znaczny, n. p. z 150 mm. na 80 mm. słupa rtęci (według sfigmomanometru Hertza). Ponieważ ogłoszono już stosunkowo znaczną ilość (1 : 1000) przypadków śmierci po wstrzyknięciu »606«, szczególnie u chorych, dotkniętych ciężkiemi schorzeniami układu nerwowego ośrodkowego, więc mowca zwraca uwagę, że przy stałej kontroli ciśnienia krwi możnaby w razie nadmiernego spadku, któryby zagrażał życiu chorego, rozciąć skórę i usunąć wstrzykniętą zawiesinę, szczególnie jeżeli wstrzykuje się arsenobenzol podskórnie; tą drogą, być może, udałoby się uchronić chorego zawczasu od dalszego zatrucia ustroju przez wstrzymanie dalszego wessania »606«. Przy tej sposobności zwraca mowca uwagę na to, że środek ten przebył szczęśliwie ogniową próbę doświadczeń, a skoro wypróbowano go na 12,000 przypadków, przeto mowca stanowczo zastrzedz się musi przeciw twierdzeniu, jakoby tylko kliniki i szpitale powołane były do dalszych prób; przeciwnie dążyć się powinno do tego, aby każdy lekarz, obznajmiony dokładnie z patologią i terapią kiły, mógł środek ten stosować we właściwych przypadkach. Na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Królewcu, który się odbył z końcem września b. r., znany dermatolog berliński, Max Joseph, stwierdził zresztą, że środek ten najzupełniej dojrzał do wprowadzenia go do praktyki, jakkolwiek niektóre pytania pozostać muszą jeszcze na razie bez odpowiedzi. — Prof. Wicherkiewicz wobec uwagi Dra Steuermarka zaznacza, iż nie jest powołany, by brać Ehrlicha w obronę; jednakże na uwagę zasługuje niewątpliwie ta okoliczność, że w rozmowie z nim Ehrlich wyraźnie zaznaczył, iż pragnąłby środek ten uczynić przystępnym coprędzej wszystkim lekarzom, uważa jednak, że jeszcze dalsze obserwacye kliniczne powinny lepiej określić znaczenie środka i unormować jego stosowanie z wykluczeniem wszelkiego niebezpieczeństwa. Chwila ta zdaje się, nie jest daleką, a wtenczas pewnie też nastąpi otrzeźwienie ze zbyt wielkiego entuzyazmu, pozwalając na nakreślenie ścisłych granic, w obrębiektórych środek ten w ręku każdego praktyka okaże się skutecznym. (Str. wł.). — Dr Eisenberg sądzi, że Ehrlich mógł uważać swe leczenie za »therapia sterilisans magna« na podstawie doświadczeń nad świdrowcami, które posiadają zdolność przystosowania się do powtórnych dawek, jeśli odrazu nie zostaną zniszczone; na tem polega teoretyczna wartość jednorazowej wysokiej dawki. Odczyn Wassermanna jest tylko objawem choroby bez znanego związku z zarazkiem, stąd nie może być uważany za wskaźnik w leczeniu. — Prof. Dr Nowotny objaśnia przypadek przedstawiony przez Prof. Reissa, w którym owrzodzenia kiłowe krtani po powtórnem wstrzyknięciu arsenobenzolu uległy wybitnej poprawie. — Dr Boczar ma w obserwacyi 4 chorych, leczonych Hyperidealem. U jednego z chorych, po stwierdzeniu krętków w stwardnieniu pierwotnem, wstrzyknięto 0,40 gr. Hyperidealu; przez 2 miesiące wysypka nie pojawiła się, jednak gruczoły pachwinowe, w chwili wstrzykiwania wielkości orzechów laskowych, obecnie dosięgają wielkości jaja kurzego. W 2 innych przypadkach zajęcia kilakowego kości łokciowej i podniebiennej zmiany ustąpiły po zastosowaniu »606« w 2 tygodniach, zostawiając blizny. Przypadek porażenia postępującego pozostał bez wpływu.

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 20. września 1910 r.

1) Władysław Starkiewicz przedstawił przypadek **niedokrwistości złośliwej** w okresie wybitnej poprawy u 49-letniego mężczyzny. Po zastosowaniu żelaza, oraz kwasu solnego z pepsyną ilość czerwonych ciałek, pierwotnie 1,880.000 w 1 mm. sz., podniosła się do poziomu niemal prawidłowego, a mianowicie 4.600.000.

2) Wł. Starkiewicz przedstawił przypadek **względnie uleczonej marskości wątroby.** Chory, lat 49, przybył w grudniu 1909 r. na oddział Dra Chełchowskiego w stanie ciężkim, w ostrym obłędzie pijackim i z objawami rozwiniętej marskości zanikowej wątroby. Próba Wassermanna z surowicą chorego dała wynik ujemny. Przy dyecie mlecznej i stosowaniu Karlsbadu stan zaczął się poprawiać. Puchlina brzuszna, raz opróżniona, stopniowo zginęła doszczętnie i nie wraca dotąd — po upływie 9 miesięcy. Stan psychiczny chorego wrócił do równowagi.

3) Wł. Starkiewicz przedstawił przypadek **niedowładu poprzecznego dolnego,** powstałego w przebiegu leczenia szczepionkami Pasteurowskiemi. Płyn mózgowordzeniowy, wypuszczony dwukrotnie, nie dowodził zmian zapalnych; wstrzyknięty królikom podoponowo, nie wywołał wścieklizny. Przemawiałoby to poniekąd przeciwko przypuszczeniu postaci poronnej t. zw. »lyssa paralytica«. Najprawdopodobniejszem byłoby może rozpoznanie »meningo-myelitis dorsalis«, wywołana jadem szczepionkowym.

4) Gabszewicz: **O guzach zapalnych przewlekłych w jamie brzusznej.** Prelegent w odczycie swym poruszył sprawę trudności rozpoznawczych, jakie napotyka się z jednej strony w przebiegu przewlekłych guzów zapalnych w jamie brzusznej, a z drugiej w przebiegu niektórych złośliwych nowotworów. Pierwsze ze względu na swe własności fizyczne, siedzibę, sposób powstawania, objawy miejscowe i ogólne często mogą być brane, przynajmniej w pierwszym okresie swego rozwoju, za nowotwory złośliwe; odwrotnie nowotwory złośliwe, szczególniej w początkowych okresach, mogą dawać objawy, maskujące istotną sprawę chorobową, i być brane wyłącznie za sprawę za-

palną. Przytoczywszy odpowiednie piśmiennictwo francuskie i niemieckie, prelegent opisuje 7 własnych spostrzeżeń, z których 5 należy do kategoryi guzów zapalnych przewlekłych, przebiegających rzekomo pod postacią nowotworów, a dwa do nowotworów złośliwych, których przebieg wskazywał raczej na obecność sprawy zapalnej. Gabszewicz radzi być ostrożnym co do stanowczego rozpoznania w przypadkach wątpliwych. W odczycie przytoczył G. tylko takie przypadki, które spostrzegano przez cały czas trwania choroby, lub też w których ostateczne rozpoznanie stwierdzono na sekcyi, lub nawet dopiero przy pomocy badania mikroskopowego.

W dyskusyi zauważa Oderfeld, że prelegent w odczycie swoim pominął guzy zapalne sieci, które nieraz w wielkich rozmiarach powstają po podwiązaniu sieci przy herniotomiach i które często sprawiają wrażenie złośliwych nowotworów. — Władysław Stankiewicz podkreśla, że guzy zapalne w jamie brzusznej, tak zwane idyopatyczne, są nadzwyczajną rzadkością. — Gabszewicz odpowiada Oderfeldowi, że sprawa poruszona przez niego, jest mu dobrze znana, ale w odczycie swoim uwzględnił tylko przypadki, w których poprzednio nie podejmowano żadnej operacyi w jamie brzusznej.

Posiedzenie kliniczne dnia 27. września 1910 r.

1) Adolf Kozerski przedstawił przypadek **tocznia nosa, wyleczonego** naświetlaniami **radem.** Chora zgłosiła się do mówcy w lutym 1909 r. Cały nos i górna warga były silnie zgrubiałe, ciemno-czerwone, naciekłe, gęsto usiane grudkami, dochodzącemi do wielkości ziarna grochu. Wiele grudek pokrywały strupy. Od lutego do grudnia 1909 naświetlono we właściwych odstępach czasu 2 razy promieniami Roentgena, 4 razy lampą Finsena i 6 razy radem. W sierpniu 1909 nos był zupełnie wygojony, na wardze widać było tylko tu i owdzie gruzełki. Obecnie, poza niewielu mało wgłębionemi bliznami, jak po ospie, nos i warga przedstawiają się zupełnie prawidłowo.

2) Leon Karwacki: **O wartości dyagnostycznej niweczników ogniskowych w gruźlicy** (spatodyagnostyka). Prelegent opisał opracowaną przez siebie metodę badania dyagnostycznego niweczników ogniskowych w gruźlicy. Plwocina chorych gruźliczych zawiera wszystkie rodzaje niweczników swoistych. Dla klinicysty mają wysoką wartość aglutyniny ogniskowe. Pomiary siły aglutynacyjnej plwocin gruźliczych wykazały, że odczyn aglutynacyjny plwociny jest bez porównania silniejszy, niż surowicy tego samego chorego. Miana surowic leżą w granicach rozcieńczeń 1: 5 do 1: 25, plwocin zaś w granicach rozcieńczeń 1: 10—1: 500.

Wnioski prelegenta są następujące: 1) Odczyn aglutynacyjny plwociny, poczynając od rozcieńczenia 1: 10, uprawnia do rozpoznania gruźlicy czynnej; 2) w określeniu postępów leczenia miano aglutynacyjne plwociny jest lepszą wskazówką, niż miano surowicy.

W dyskusyi podkreśla Stanisław Mutermilch, że na zasadzie dodatniego wyniku odczynu Bordet-Gengou tylko wówczas mamy prawo mówić o istnieniu antytuberkuliny w badanych płynach, jeżeli użyto do odczynu odchylenia dopełniacza takich dawek, których conajmniej podwójne ilości same przez się nie hamują hemolizy. Mówca zapytuje prelegenta o bliższe wyjaśnienie co do użytych przez niego dawek, zarówno antygenu, jak wyciągu z plwociny, oraz o wyniki prób tak zwanych kontrolnych, wykazujących, w jakich dawkach użyte do doświadczenia płyny same przez się wpływały hamująco na hemolizę. — Karwacki odpowiada, że do wykrywania ciał wiążących dopełniacz używał nie tuberkuliny, lecz zawiesiny laseczników gruźliczych, która nawet w 10-krotnej dawce w porównaniu z użytą do doświadczeń nie wiąże sama dopełniacza.

3) Antoni Gabszewicz przedstawił: 1) 2 preparaty **skrętu kątnicy**; 2) preparat rozlanego **raka włóknistego żołądka**; 3) preparat **gruźlicy przydatków macicznych**; 4) **ciało obce** (gruszka) uwięzłe w **jelicie** biodrowem; 5) preparat **wyrostka robaczkowego**, usuniętego w niezwykłych okolicznościach; 6) preparat mikroskopowy **śluzaka** uda.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

60. Zebranie ogólne w d. 17. września 1910 r.

Obecnych 17 członków, gości 2.

1. Na przewodniczącego Zebrania wybrany większością głosów kol. Kondratowicz.

2. Protokół poprzedniego Zebrania odczytano i przyjęto.

3. Kol. Fuksiewicz pokazał chorego, leczonego zapomocą **diamidodioksyarsenobenzolu** z objawami skórnymi kiły: kłykciny w gardle i nie chcąca się goić rana na stopie. Po zastosowaniu »606« chory w szybkiem tempie powrócił zupełnie do zdrowia.

4. Kol. Raszkes przedstawił chorą po dokonanej operacyi **nadpochwowego wycięcia macicy** przez cięcie brzuszne. Chora A. K., mająca lat 40, wyszła za mąż przed 2 laty. Regularność dawniej i obecnie odbywa się prawidłowo. Od roku miewa chora coraz większe bole w dole brzucha. Przy badaniu stwierdzono duży włókniak macicy, wypełniający jamę miednicy, dochodzący do pępka, mało ruchomy, składający się z kilku części, z których jedna wypełnia całe przednie sklepienie i odsuwa pęcherz ku górze. Ze względu na powiększające się bole, dokonał kol. R. nadpochwowego wycięcia macicy drogą brzuszną, przyczem jajników nie wyjęto. Już na drugi dzień po operacyi i przez dwa dni następne stosował R. kilka razy dziennie małe lawatywy z płynu fizyologicznego, celem pobudzenia ruchu robaczkowego jelit, i rzeczywiście chora ani razu nie wymiotowała, trzeciego zaś dnia po operacyi odeszły wiatry i nastąpiło potem wypróżnienie. Dziewiątego dnia wyjęto szwy. Prima intentio. (Streszczenie własne).

5. Kol. Kossak odczytał wspólną z kol. Fidlerem pracę: **Przyczynek do epidemiologii i charakterystyki duru brzusznego**. Jest to szczegółowy opis domowej epidemii duru brzusznego, jaka wybuchła w maju b. r. w jednej z posesyi w śródmieściu, zamieszkałej przez ludność zamożną i inteligentną. W ciągu miesiąca w wymienionej posesyi, składającej się z 23 mieszkań, z ludnością około 120 osób, zdarzyło się 20 przypadków duru brzusznego, z których cztery z zejściem śmiertelnem. Źródłem zakażenia była woda ze studni, zanieczyszczonej kałem, jak to stwierdziły szczegółowe badania samej studni i rur kanalizacyjnych. Przebieg wypadków oddzielnych przeważnie był ciężki, nietypowy, z wyraźnymi objawami posocznicy. W jednym przypadku, zbadanym dokładnie pod względem klinicznym i bakteryologicznym, znaleziono we krwi chorego pr. odmieńce (bac. proteus), a obok tego stwierdzono próbę aglutynacyjną Widala. Był to więc rzadki niezmiernie przypadek mieszanego zakażenia durowego i prątkiem odmieńcem. Inny znów przypadek, dotyczący młodej 16-letniej dziewczyny, zasługuje na uwagę ze względu na powikłanie duru brzusznego przez czerwonkę, co też niezmiernie rzadko spostrzegać można. Cztery przypadki, zakończone śmiercią, miały przebieg niezmiernie burzliwy z ciężkimi objawami mózgowemi, bredzeniem, chwilami podnieceniem, dochodzącem do szału; od pierwszego dnia sprawiały wrażenie ciężkiego zakażenia. Pozostałe 16 przypadków, zakończonych wyzdrowieniem, z wyjątkiem 6 przypadków z przebiegiem lekkim, bez powikłań, miały charakter przewlekły, z rozmaitemi powikłaniami, a także z wyraźnymi objawami zatrucia ośrodków nerwowych i osłabieniem czynności serca. (Odczyt powyższy w całości

ogłoszony będzie w jednym z najbliższych numerów »Gazety lekarskiej«). (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pełczyński kwestyonuje zapatrywanie autorów referatu na przypadek, dotyczący 16-letniej dziewczyny, w którym kol. F. i K. chcą widzieć dur, powikłany przez dysenteryę. Uważa za niestosowne użycie terminu »powikłania« w danym przypadku, gdyż powikłaniem dotychczas nazywano cierpienie następcze w stosunku do pierwotnego, ale zawsze zależne etyologicznie od niego; w danym razie byłoby prawidłowiej uważać opisany przypadek za zbieg dwu rodzajów zakażenia: ustrój, zakażony pierwotnie durem, uległ dodatkowo już później, może wskutek pobytu w szpitalu, (gdzie wobec ciasnoty nie może być ścisłej izolacyi poszczególnych chorób zakaźnych), zakażeniu czerwonką.

6. Kol. Raszkes: **O nowym przetworze Ehrlicha-Haty „606“**. Nie mając osobistego doświadczenia z nowym przetworem Ehrlicha-Haty, kol. R. w dłuższem przemówieniu wyłuszczył niemal wszystkie wiadomości o diamidodioksyarsenobenzolu, zawierające się w piśmiennictwie polskiem, rosyjskiem i niemieckiem. R. podał krótką biografię genialnego wynalazcy przetworu »606«, Ehrlicha, i jego współpracownika Haty i następnie opisał historyczne posiedzenie Tow. lek. w Berlinie, dnia 22. VI. b. r., na którem był obecny, oraz swoje wrażenia, które odniósł z oddziału chorych Dra Wechselmanna w Berlinie. Referent podał szczegółowo wyniki, uzyskane z przetworem »606« przez Alta, Wechselmanna, Michaelisa, Schreibera, Kromayera, Dorra, Neissera, Zeisla, Jeromea, Hudenberga, Preka, Lessara, Loeba, Treupela, Glücka, Isaaka, Hoffmanna, Iwersena, Taegego, Korczyńskiego, Wicherkiewicza i Malinowskiego, uwzględnił też działanie uboczne przetworu, opierając się na pracach Bohača i Sobotki, Hoffmanna, Ehrlicha i innych, sprawę powtórnego wstrzykiwania »606«, oraz sposób wstrzykiwania mięśniowego, śródżylnego i podskórnego. Nareszcie opisał R. szczegółowo technikę wstrzykiwania różnych autorów: Ehrlicha, Alta, Wechselmanna, Lanisego, Michaelisa, Malinowskiego i innych, zalecając szczególnie uproszczoną bardzo technikę Malinowskiego, opisaną w »Przeglądzie chorób skórnych i wenerycznych« w Nrze 8, str. 237, lub Wechselmanna i Langego w »Deutsche medic. Wochenschrift« z r. 1910 w Nrze 30. str. 1396. (Streszczenie własne).

Prezes Towarzystwa: H. Fidler. Członek zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ogólny wiec lekarzy austryackich odbędzie się w Wiedniu w niedzielę 6. listopada b. r. o godzinie 10 rano w sali teatralnej wiedeńskiego »Colosseum« (Wiedeń IX, Nussdorferstrasse 4). Przedmiotem obrad wiecu będzie sprawa uroszczeń techników dentystycznych do przyznania im tych praw, które z ustawy przysługują jedynie lekarzom. Referaty na wiec przyrzekli dotychczas: Prof. Eiselsberg, Docent Ewald, Dr Kirchmayer i poseł Dr Michl. W.

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: z Krakowa: Drowie Alfred Merz, Ada ze Sarnów Markowa, Michał Hładij, Henryk Weber; z Białej: Drowie Ernest Hess, Czesław Sędzimir z Wilamowic, powiat bialski; z Przemyśla: Drowie Adolf Acht, Bernard Blech, Maryan Doliński, L. Filimowski, Feliks Kaczurba, M. Pordes, Salomon Reich, Zygmunt Smolarski, Juliusz Süsswein, Samuel Thurnheim. W.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. X. do 29. X. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 2 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 7, płonicy 17, odry 28 † — (1 † —), duru brzusznego 3 † 1 (2 † —), gorączki połogowej 1, róży 1.

Dr Janiszewski.

Zjazd przemysłowo-balneologiczny we Lwowie.

X. Zjazd przemysłowo-balneologiczny odbył się w d. 29. 30. i 31. X. b. r. we Lwowie przy udziale około 200 uczestników z różnych stron kraju. Na Zjazd przybyli m. i. minister dla Galicyi JE. Dulęba, prezydent miasta Ciuchciński, krajowy referent sanitarny r. dw. Dr Merunowicz, r. dw. Ustyanowski i t. d. Zjazd otwarł Dr Kalikst Krzyżanowski, prezes komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i zarazem komitetu organizacyjnego, doskonale wywiązującego się że swego zadania.

Na pierwszem posiedzeniu Zjazdu, na którem przewodniczył Dr Cercha, zostali wybrani: prezesami honorowymi Dr H. Dobrzycki z Warszawy, hr. A. Gołuchowski, prezes sejmowej komisyi sanitarnej, Prof. Pareński z Krakowa, poseł bar. Brunicki i Prof. A. Gluziński. Prezesami urzędującymi wybrani: Dr Cercha z Krakowa, Dr Korczyński z Serajewa, Dr Pelczar z Drohobycza, Dr Kaden z Rabki, Dr Ebers z Krynicy, burmistrz Dr Tertil z Tarnowa, hr. J. Potocki z Rymanowa, Dr Kopff z Krynicy i p. W. Popiel z Lubienia. Sekretarzami: Dr Praschil, Szumowski, Mazanek, Frączkiewicz, Żychoń, Gerus i Lewicki.

Mowy powitalne wygłosili: Imieniem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego prezes Prof. Rencki, imieniem miasta Lwowa prezydent Ciuchciński, przedstawiciel ministerstwa rolnictwa radca Dr Wysocki, ministerstwa robót publicznych Dr Leszniewski, ministerstwa kolei inspektor Dr Bogdan, imieniem Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski, imieniem krajowej Rady zdrowia Dr Festenburg, imieniem Wydziału higieny zdrojowisk i uzdrowisk Król. Polskiego Dr Dobrzycki, imieniem polskiego Tow. balneologicznego Prof. Pareński, imieniem Tow. lekarskiego krakowskiego i Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« radca dworu Prof. Wicherkiewicz, imieniem organizacyi bojkotu towarów obcych radca Drewnowski, imieniem lwowskiego Tow. higien. Dr Obtułowicz, imieniem Ligi pomocy przem. Dr Olszewski, im. T. S. L. Dr Opieński.

Obrady Zjazdu, który odznaczał się poważnym przebiegiem i poruszył sprawy nader doniosłe dla rozwoju zdrojownictwa krajowego, streścimy w jednym z najbliższych numerów.

Wiadomości bieżące.

Z różnych stron. W Pradze powstały dwa nowe Stowarzyszenia lekarskie o charakterze zawodowym: Klub lekarzy szkolnych i Związek lekarzy miejskich. (Lek. Rozhledy, 4).

— Opracowanie słownictwa lekarskiego czeskiego zbliża się ku końcowi. Komisya słownikowa, złożona z 4 członków pod przewodnictwem Prof. Janovskyego, zebrała już materyał i rozesłała do opracowania współpracownikom. Słownik wyjdzie w 2 częściach nakładem księgarni Bursika i Kohouta. (Lek. Rozhledy, 5).

— Nader sympatycznem zjawiskiem życia koleżeńskiego jest utworzona w r. z. w Wiedniu »orkiestra lekarska«. Należy do niej, oprócz 13 czynnych wykonawców, kilkuset lekarzy, jako członków wspierających; dochody, wynoszące w r. z. 3914 kor. ze składek członków, dozwoliły już orkiestrze zaopatrzyć się w zbiór instrumentów i rozpocząć utworzenie biblioteki muzycznej. W ciągu roku istnienia odbyła orkiestra 39 prób, a przy tej szlachetnej rozrywce spotykali się koledzy, różni wiekiem i stanowiskiem, w doskonałej harmonii. Pierwszym koncertmistrzem był doc. Strasser, jednym ze skrzypków orkiestry Prof. Strümpell. Protektorem orkiestry był świeżo zmarły Prof. Chrobak, prezesem Towarzystwa jest Prof. Rethi. Dochód z koncertu publicznego, urządzonego z wielkiem powodzeniem, oddała orkiestra na wsparcia dla ubogich rygorozantów.

Zmarli: Dr Lucyan Michalewski w 74 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Blassberg: O tak zwanym artrytyzmie. Odb. »Med. i Kron. lek.« 1910. — Wiener Aerzteorchester. Bericht üb. d. Jahr 1909/10. — Prof. N. Cybulski: 1) Über die Beziehung zwischen den Aktionsströmen und dem tätigen Zustand der Muskeln. 2) Über die Oberflächen- und Aktionsströme der Muskeln. »Bull. Acad. des sc.« Kraków 1910. 3) Über den sogen. »Willkürversuch« von du Bois-Reymond. »Wiener med. Woch.« 1910. 4) Kilka uwag o elektrokardiogramach na podstawie własnych doświadczeń. »Gazeta lek.« 1910. — Prof. N. Cybulski i J. Dunin-Borkowski: Wpływ błon i przegród na siły

elektromotoryczne. Ak. Umiej. 1910. — Prof. Klecki: Problemat dziedziczności w patologii. Kraków 1910. — Konopacki: 1) Chemiczny problemat zapłodnienia. 2) Wpływ płynów hypertonicznych na zapłodnione jaja jeżowców. »Tyg. lek.« 1910. 3) Pygopagus parasiticus oder Pygomelus beim Hahne. 4) Acardius acephalus beim Menschen. »Centralbl. für allg. Pathol.« 1910.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 9. listopada 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Doc. Dr Koźniewskiego: »O hormonach«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Antisclerosin-Natterer poleca gorąco Dr P. C. Franze (Fol. ther. kwiecień 1910) w stwardnieniu tętnic; podaje zwykle 3 r. dz. po 2 kołaczyki w $^1/_2$ szklanki wody, godzinę przed jedzeniem. Kołaczyki wymagają do rozpuszczenia się 1—2 godzin. Leczenie trwa miesiąc lub dłużej; następuje przerwa 14-dniowa, naprzemian z 14-dniowem leczeniem. Często podaje Franze równocześnie jod. Ll. W.

Digipuratum-Knoll. Dr Veiel E. (»Münch. med. Woch.« Nr 39, 1910). W niedomodze serca wogóle działa digipuratum podobnie jak folia digit., natomiast szczególnie energicznie, lepiej niż napar naparstnicy, w przypadkach podupadłej czynności nerek, podnosząc wydzielanie moczu bardzo znacznie. Wskazane dawkowanie ostrożne ze względu na możliwość objawów ubocznych przy stosowaniu obu, w 50 przypadkach porównywanych przetworów. Kl. W.

Aluminiumsubacetat fabr. Dr A. Horowitz, poleca Doc pryw. Dr R. Polland, I. asyst. klin. dermatolog. w Gracu (»Österr. Aerzte Ztg« Nr 17, 1910), do leczenia wewnętrznego wiewióra. Jestto trudno rozpuszczalny suchy octan glinowy. Stosowano go w postaci »Gelonida aluminii subacetici«. Należy do grupy środków odkażających mocz, jak urotropina, arovina, salol i t. d., wpływa uspakajająco na ból i parcie, bez przykrych objawów ubocznych, właściwych pewnym środkom balsamicznym. Po pierwotnem odkażeniu przewodu pokarmowego następuje wtórne odkażenie dróg moczowych.

Prof. Bickel w Berlinie i Blasius w Hali dowiedli w zakładach patologicznych działania bakteryobójczego tego przetworu. Wartość lecznicza podnosi się przez stosowanie w postaci gelonida, rozpadających się zupełnie pewnie, rozpoczynających zatem swe działanie bezsprzecznie już w żołądku i ulegających łatwo wessaniu. W 53 przyp. stwierdzono, że chorzy zażywają lek ten bardzo chętnie, że nie doznawali przykrego posmaku, odbijań ani nudności. Najczęściej występowało działanie lekko przeczyszczające, co popierało tylko zamierzone działanie lecznicze. W przypadkach ostrych średnio po 3—4 tygodniach znikały dwoinki wiewiórowe. W nieżycie pęcherza poczyniono bardzo korzystne doświadczenia. W kilku przypadkach zapalenia najądrza nastąpiło wyjaśnienie moczu po 2—4 tygodniach.

Autor stawia ten przetwór na równi z najlepszymi lekami odkażającymi mocz. Hr. W.